

デイサービスセンター ほたる

サービス 料金表 (介護保険負担割合証3割の方)

令和6年6月1日現在

【通所介護サービス費(1日あたり)】

	介護保険対象の自己負担額(1割)											
	① 基本サービス費	② サービス提供体制強化加算(I)	③ 科学的介護推進体制加算	④ 入浴介助加算(I)	⑤ 個別機能訓練加算(I)又は(I)ロ	⑥ 個別機能訓練加算(II)	⑦ 口腔機能向上加算 (月2回まで)	⑧ 栄養改善加算 (月2回まで)	⑨ 口腔・栄養スクリーニング加算(I)又は(II) (6月に1回まで)	⑩ ADL維持加算(I)又は(II) 各月でどちらか一方のみ算定可	⑪ 介護職員等処遇改善加算(I)	
要介護1	1,752円	66円	120円	120円	(I) イ	60円	450円	600円	(I) 60円	(I) 90円	①~⑩の 合計の 9.2%	
要介護2	2,067円				168円							
要介護3	2,388円				(I) ロ							228円
要介護4	2,703円											
要介護5	3,024円											

【第1号通所事業サービス費(1か月あたり)】

	介護保険対象の自己負担額(3割)						
	① 基本サービス費	② サービス提供体制強化加算(I)	③ 科学的介護推進体制加算	④ 口腔機能向上加算	⑤ 栄養改善加算	⑥ 口腔・栄養スクリーニング加算(I)又は(II)	⑦ 介護職員等処遇改善加算(I)
要支援1 及び事業対象者	5,394円	264円	120円	450円	600円	(I) 60円 (II) 15円	①~⑦の 合計の 9.2%
要支援2	10,863円	528円					

* 通所介護サービス費、第一号通所事業サービス費に明記されている利用料金は、介護保険給付額の1割となっております。
* 事業実施地域(旭川市内)以外の中山間地域等に居住する利用者にサービスを提供した場合、所定単位数の5%が加算となります。

【介護保険外共通】

介護保険対象外の自己負担(全額)			
食費 (1食あたり)	おむつ代		原材料費
	紙パンツ (1枚あたり)	尿取りパッド (1枚あたり)	
600円	90円	20円	実費

※ の部分が令和6年6月1日より変更になりました。

* 食費・おむつ代・原材料費(主にレクリエーション分)は、全額自己負担となります。

デイサービスセンター ほたる

サービス 料金表（介護保険負担割合証2割の方）

令和6年6月1日現在

【通所介護サービス費(1日あたり)】

	介護保険対象の自己負担額（1割）										
	① 基本サービス費	② サービス提供体制強化加算(I)	③ 科学的介護推進体制加算	④ 入浴介助加算(I)	⑤ 個別機能訓練加算 (I)又は (I)ロ	⑥ 個別機能訓練加算 (II)	⑦ 口腔機能向上加算 (月2回まで)	⑧ 栄養改善加算 (月2回まで)	⑨ 口腔・栄養スクリーニング加算 (I)又は(II) (6月に1回まで)	⑩ ADL維持加算 (I)又は(II) 各月でどちらか一方のみ算定可	⑪ 介護職員等処遇改善加算(I)
要介護1	1,168円	44円	80円	80円	(I)	40円	300円	400円	(I) 40円	(I) 60円	①～⑩の 合計の 9.2%
要介護2	1,378円				イ						
要介護3	1,592円				112円						
要介護4	1,802円				(I)						
要介護5	2,016円				ロ						

【第1号通所事業サービス費(1か月あたり)】

	介護保険対象の自己負担額（2割）						
	① 基本サービス費	② サービス提供体制強化加算(I)	③ 科学的介護推進体制加算	④ 口腔機能向上加算	⑤ 栄養改善加算	⑥ 口腔・栄養スクリーニング加算 (I)又は(II)	⑦ 介護職員等処遇改善加算(I)
要支援1 及び事業対象者	3,596円	176円	80円	300円	400円	(I) 40円	①～⑥の 合計の 9.2%
要支援2	7,242円	352円				(II) 10円	

* 通所介護サービス費、第一号通所事業サービス費に明記されている利用料金は、介護保険給付額の1割となっております。
* 事業実施地域(旭川市内)以外の中山間地域等に居住する利用者にサービスを提供した場合、所定単位数の5%が加算となります。

【介護保険外共通】

介護保険対象外の自己負担（全額）			
食費 (1食あたり)	おむつ代		原材料費
	紙パンツ (1枚あたり)	尿取りパッド (1枚あたり)	
600円	90円	20円	実費

※ の部分が令和6年6月1日より変更になりました。

* 食費・おむつ代・原材料費(主にレクリエーション分)は、全額自己負担となります。

デイサービスセンター ほたる

サービス 料金表 (介護保険負担割合証1割の方)

令和6年6月1日現在

【通所介護サービス費(1日あたり)】

	介護保険対象の自己負担額(1割)										
	① 基本サービス費	② サービス提供体制強化加算(I)	③ 科学的介護推進体制加算	④ 入浴介助加算(I)	⑤ 個別機能訓練加算 (I)又は (I)ロ	⑥ 個別機能訓練加算 (II)	⑦ 口腔機能向上加算 (月2回まで)	⑧ 栄養改善加算 (月2回まで)	⑨ 口腔・栄養スクリーニング加算 (I)又は(II) (6月に1回まで)	⑩ ADL維持加算 (I)又は(II) 各月でどちらか一方のみ算定可	⑪ 介護職員等処遇改善加算(I)
要介護1	584円	22円	40円	40円	(I) イ	20円	150円	200円	(I) 20円	(I) 30円	①~⑩の 合計の 9.2%
要介護2	689円				56円						
要介護3	796円				(I) ロ						
要介護4	901円				76円						
要介護5	1,008円										

【第1号通所事業サービス費(1か月あたり)】

	介護保険対象の自己負担額(1割)						
	① 基本サービス費	② サービス提供体制強化加算(I)	③ 科学的介護推進体制加算	④ 口腔機能向上加算	⑤ 栄養改善加算	⑥ 口腔・栄養スクリーニング加算 (I)又は(II)	⑦ 介護職員等処遇改善加算(I)
要支援1 及び事業対象者	1,798円	88円	40円	150円	200円	(I) 20円 (II) 5円	①~⑥の 合計の 9.2%
要支援2	3,621円	176円					

* 通所介護サービス費、第一号通所事業サービス費に明記されている利用料金は、介護保険給付額の1割となっております。
* 事業実施地域(旭川市内)以外の中山間地域等に居住する利用者にサービスを提供した場合、所定単位数の5%が加算となります。

【介護保険外共通】

介護保険対象外の自己負担(全額)			
食費 (1食あたり)	おむつ代		原材料費
	紙パンツ (1枚あたり)	尿取りパッド (1枚あたり)	
600円	90円	20円	実費

※ の部分が令和6年6月1日より変更になりました。

* 食費・おむつ代・原材料費(主にレクリエーション分)は、全額自己負担となります。